

**NAPOTNI DOKUMENT  
ZA OBRAVNAVO V CENTRU ZA KREPITEV ZDRAVJA**

<b>Podatki o napotnem zdravniku/dipl. m. s.:</b>		<b>Podatki o napotitvi:</b>	
<b>Ime in priimek:</b>		<b>Datum napotitve:</b>	
<b>Naziv zdravstvenega zavoda:</b>		<b>CKZ, v katerega je pacient napoten:</b>	
<b>Podatki o pacientu:</b>			
<b>Ime:</b>		<b>Priimek:</b>	
<b>EMŠO:</b>		<b>Številka KZZ:</b>	
<b>Naslov:</b>			
<b>Telefonska številka:</b>		<b>Elektronski naslov:</b>	
<b>Preventivni pregled:</b>			
<b>Datum pregleda:</b>		<b>Vrsta pregleda</b>	<input type="checkbox"/> Prvi pregled <input type="checkbox"/> Ponovni/kontrolni pregled
<b>KLINIČNI PREGLED:</b>			
<b>Telesna višina:</b>	cm	<b>Krvni tlak:</b>	mmHg
<b>Telesna masa:</b>	kg	<b>Krvni sladkor:</b>	mmol/l
<b>ITM:</b>	kg/m <sup>2</sup>		
<b>Obseg pasu:</b>	cm		
<b>Holesterol:</b>			mmol/l
		<b>HDL-holesterol:</b>	mmol/l
		<b>LDL-holesterol:</b>	mmol/l
		<b>Trigliceridi:</b>	mmol/l
<b>VKLJUČEVANJE V NACIONALNE PRESEJALNE PROGRAME:</b>			
<b>Program Svit:</b>	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ni v ciljni populaciji	
<b>Program Dora:</b>	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ni v ciljni populaciji	
<b>Program Zora:</b>	<input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne	<input type="checkbox"/> Ni v ciljni populaciji	
<b>DRUŽINSKA OBREMENJENOST ZA SRČNO-ŽILNE BOLEZNI:</b> <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne			
<b>PRISOTNI DEJAVNIKI TVEGANJA:</b>	<b>PRISOTNA OGROŽENOST ZA KNB:</b>	<b>PRISOTNE KNB:</b>	
<input type="checkbox"/> Nezdavo prehranjevanje <input type="checkbox"/> Telesna nedejavnost <input type="checkbox"/> Kajenje <input type="checkbox"/> Tvegano/škodljivo pitje alkohola <input type="checkbox"/> Stres <input type="checkbox"/> Zvišan krvni tlak <input type="checkbox"/> Zvišane vrednosti maščob v krvi	<input type="checkbox"/> Za srčno žilne bolezni (stopnja ogroženosti: _____ %) <input type="checkbox"/> Za sladkorno bolezen tipa 2 <input type="checkbox"/> Za kronično obstruktivno pljučno bolezen <input type="checkbox"/> Za depresijo <input type="checkbox"/> Za funkcijsko manjzmožnost	<input type="checkbox"/> Srčno-žilna bolezen <input type="checkbox"/> Sladkorna bolezen tipa 2 <input type="checkbox"/> Debelost <input type="checkbox"/> Kronična obstruktivna pljučna bolezen <input type="checkbox"/> Depresija <input type="checkbox"/> Anksioznost <input type="checkbox"/> Hipertenzija <input type="checkbox"/> Mišično-skeletna disfunkcija	
<b>Ostale prisotne bolezni in/ali stanja, ki predstavljajo omejitve oziroma posebno obravnavo v CKZ:</b>			

**Pacientu svetujem udeležbo v naslednjih zdravstvenovzgojnih delavnicah/individualnih svetovanjih:**

**TEMELJNE OBRAVNAVE ZA KREPITEV ZDRAVJA:**

- Zdravo živim
- Ali sem fit?
- Tehnike sproščanja
- Zvišan krvni tlak
- Zvišane maščobe v krvi
- Zvišan krvni sladkor
- Sladkorna bolezen tipa 2
- Test telesne pripravljenosti za odrasle/starejše

**POGLOBLJENE OBRAVNAVE ZA KREPITEV ZDRAVJA:**

**Svetovalnica za zdrav življenjski slog:**

- Zdravo jem
- Gibam se
- Zdravo hujšanje
- S sladkorno boleznijo skozi življenje

**Svetovalnica za duševno zdravje:**

- Spoprijemanje s stresom
- Podpora pri spoprijemanju z depresijo
- Podpora pri spoprijemanju s tesnobo

**Svetovalnica za tvegana vedenja:**

- Skupinsko svetovanje za opuščanje kajenja
- Individualno svetovanje za opuščanje kajenja

**Morebitne usmeritve za izvajalce Programa za krepitev zdravja v CKZ:**

**Podpis in žig napotnega  
zdravnika/dipl. m. s.:**

---